

Rapport annuel sur l'examen des plaintes
Exercice financier 2016-2017

Présenté au conseil d'administration

par

Pierre Poulin
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le 1^{er} juin 2017

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1. Le mandat lié au respect des droits des usagers.....	4
I - Les plaintes des usagers et des représentants	4
1. Les plaintes reçues	4
2. Les plaintes conclues, non complétées et le délai.....	7
3. Les plaintes revues par le Protecteur du citoyen	8
4. Plainte à l'égard d'un médecin.....	8
5. Le suivi sur les dossiers conclus.....	9
II - Les plaintes des partenaires et du public	10
1. Les plaintes reçues	10
2. Les demandes de réclamations	12
III - Les interventions.....	12
IV - Les assistances.....	13
PARTIE 2. Les autres mandats	13
I - Le programme de félicitations	13
II - Programme de formation visant l'amélioration du processus d'enquête	14
III – Sondage réalisé sur la satisfaction de la clientèle transportée	14
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	15
I - Le suivi des recommandations de 2015-2016	15
II - Les recommandations pour 2017-2018	16

INTRODUCTION

Ce rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de la Corporation d'urgences-santé présente le bilan de ses activités et ses réalisations pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017.

Le document contient les informations qu'exige de divulguer la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, art. 66, par. 11). Il tient compte de la procédure d'examen des plaintes portant sur le respect des droits des usagers. De plus, il présente les informations relatives à l'examen des plaintes provenant des partenaires et du public.

Ce rapport a été soumis, dans un premier temps, au Comité de gouvernance. Il a pour mission d'analyser les rapports et les recommandations transmis par le Commissaire. Le comité de gouvernance doit adopter un projet de résolution visant l'acceptation de ce rapport, en vue d'une adoption par le conseil d'administration avant sa transmission au ministre de la Santé et des Services sociaux et au Protecteur du citoyen. Cela a été fait le 31 mai 2017.

En tenant compte du mandat élargi dévolu au Bureau du commissaire, le rapport traite de la place accordée aux droits des personnes à qui des services ont été rendus sur les territoires de Montréal et de Laval. Le rapport s'intéresse évidemment à la conformité de la pratique des techniciens ambulanciers paramédics et des répartiteurs médicaux d'urgence, qui sont responsables de la prestation du service. Il informe aussi le lecteur sur le nombre, la nature et le résultat des plaintes traitées à la suite d'une requête d'un partenaire ou du public. Il faut ajouter que durant l'année écoulée, d'autres réalisations du Bureau du commissaire, en lien avec son mandat, ont permis de contribuer à la mission d'Urgences-santé.

La gestion des informations reliées à l'examen des plaintes s'appuie chez Urgences-santé, comme dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec sur le Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Le Centre de services de la Direction générale des technologies de l'information gère ce système qui dessert également les organismes du ministère de la Santé et des Services sociaux. En complément, pour répondre à des besoins spécifiques à l'interne, un système informatique permet de suivre au quotidien l'évolution du traitement des plaintes. Un outil similaire existe pour l'examen des plaintes provenant des partenaires et du public. Ces moyens dont dispose le Bureau du commissaire assurent la fiabilité des informations transmises au lecteur dans le présent rapport.

Nous tenons à remercier le commissaire sortant, Monsieur Denys Dupuis, qui a été en poste pour la très grande période couverte par ce rapport et à qui reviennent les réalisations qu'il présente. Il nous importe également de témoigner de la grande satisfaction du Bureau du commissaire à l'égard des gestionnaires et du personnel œuvrant au sein de la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement et leur directrice, Madame Diane Verreault, de même que de la Direction des opérations et leur directeur, Monsieur Louis Poirier. Leur collaboration diligente à fournir les renseignements demandés et à assurer l'encadrement clinique au personnel concerné par nos enquêtes témoigne au quotidien de l'engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et du respect des droits des usagers desservis par la Corporation d'urgences-santé.

PARTIE 1. LE MANDAT LIÉ AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Le Règlement sur la procédure d'examen d'une plainte par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, adopté par le conseil d'administration d'Urgences-santé en juin 2016, donne une orientation quant au processus à adopter pour évaluer la conformité du travail effectué par un technicien ambulancier paramédic ou un répartiteur médical d'urgence. Il y a plusieurs sources de renseignements à considérer: ce qui est contenu au dossier de l'usager, ce qui est détenu par le centre hospitalier receveur, et ce qui provient de l'usager lui-même ou de son représentant, pour n'en nommer que quelques-unes. De plus, la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement et la Direction des opérations se révèlent des ressources essentielles pour la réalisation du mandat du commissaire, qui doit conclure quant au bien-fondé de la plainte après avoir complété sa démarche et des mesures à prendre, le cas échéant.

Un programme de formation destiné aux chefs aux opérations dispensé en cours d'année visait justement à améliorer le processus d'enquête. Il fera l'objet d'une attention plus loin dans le rapport. Cependant, il importe de mentionner que ce projet concerne la qualité de l'information recueillie et le maintien d'une communication de qualité durant les enquêtes. Soulignons à ce sujet que le rôle des chefs aux opérations à la réalisation du processus d'enquête a toujours été déterminant.

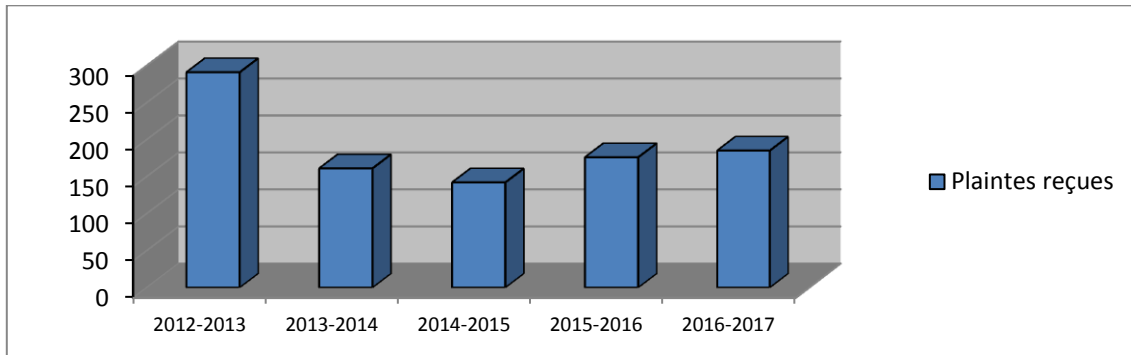
I – LES PLAINTES DES USAGERS ET DES REPRÉSENTANTS

Les plaintes reçues

Les plaintes reçues en 2016-2017 sont présentées dans un tableau comparant les données avec quatre années précédentes.

Tableau 1. Évolution des plaintes en comparaison avec les transports et interventions effectués

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Plaintes reçues</i>	291	161	142	176	185
<i>Transports</i>	229 185	226 938	225 667	223 783	227 112
<i>Interventions</i>	267 023	264 831	265 877	262 038	267 226
<i>Plaintes par 10 000 transports</i>	12,70	7,09	6,29	7,86	8,15
<i>Plaintes par 10 000 interventions</i>	10,90	6,08	5,34	6,72	6,92



Commentaire:

- On note une légère augmentation du nombre de plaintes depuis 3 ans. À première vue, il n’y a pas de données disponibles permettant d’expliquer cette hausse.

Le tableau qui suit présente les motifs à la source de ces plaintes, étant entendu qu’une plainte peut inclure plusieurs motifs. Voyons de plus près :

Tableau 2. Les motifs invoqués dans les plaintes reçues

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Motifs	(n = 397)	(n = 284)	(n = 273)	(n = 298)	(n = 299)
<i>Accessibilité</i>	7 % (n = 30)	15 % (n = 44)	13 % (n = 35)	19 % (n = 57)	18 % (n = 54)
<i>Aspect financier</i>	52 % (n = 205)	22 % (n = 62)	14 % (n = 38)	17 % (n = 51)	16 % (n = 47)
<i>Droits particuliers</i>	11 % (n = 42)	19 % (n = 55)	17 % (n = 46)	16 % (n = 48)	10 % (n = 31)
<i>Organisation et ressources</i>	1 % (n = 2)	2 % (n = 6)	2 % (n = 4)	3 % (n = 9)	3 % (n = 8)
<i>Relations interpersonnelles</i>	14 % (n = 58)	21 % (n = 58)	21 % (n = 56)	16 % (n = 46)	16 % (n = 47)
<i>Soins et services</i>	16 % (n = 60)	21 % (n = 59)	34 % (n = 94)	29 % (n = 87)	37 % (n = 112)

Commentaires:

- Le motif **Accessibilité** se rapporte très majoritairement au délai d’attente.
- Les plaintes concernant le motif **Aspect Financier** découlent en partie d’une méconnaissance de la règle gouvernementale déterminant qu’il est de la responsabilité de l’usager de payer pour

un transport en ambulance. Une autre variable se rapporte à l’insatisfaction de certains usagers en ce qui a trait au service reçu, mais qui est exprimé par le refus de payer. Aussi, les interventions dites “P38” ne font plus partie des plaintes liées à l’aspect financier, comme il est expliqué plus loin dans ce rapport.

- **Droits particuliers:** les plaintes regroupées sous ce motif s’appuient le plus souvent sur l’argument des plaignants qu’il n’y a pas eu de consentement libre et éclairé au transport en ambulance, vu l’absence d’information sur les frais du transport. Ce motif a significativement été moins utilisé durant la dernière année.
- Les motifs de plaintes portant sur l’**Organisation et les ressources** se rattachent au mal fonctionnement d’un équipement, du véhicule ou encore, un manque sur le plan de la sécurité ayant affecté les biens personnels.
- Ce que les usagers soulignent dans les plaintes relatives aux **Relations interpersonnelles** est en lien avec le manque d’empathie ou de bienveillance ou encore avec un mode de communication perçu comme étant inapproprié.
- Les motifs soulevés dans la catégorie **Soins et services** se rattachent aux protocoles et normes en vigueur, ainsi qu’aux décisions cliniques des répartiteurs médicaux d’urgence ou des paramédics. Ce motif a été davantage utilisé dans la dernière année et semble refléter un questionnement touchant le niveau de priorité attribué, tout comme aux soins attendus des paramédics.
- Aussi, l’information compilée au tableau 3 démontre que ce sont encore majoritairement les usagers qui déposent eux-mêmes une plainte à propos des services rendus, une proportion qui va en diminuant puisque les représentants (famille et proches) s’impliquent davantage dans le signalement d’une plainte et font valoir les droits des usagers.

Tableau 3. Origine des plaintes reçues

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Usagers</i>	81 %	65 %	87 %	59 %	52%
<i>Représentants</i>	19 %	35 %	13 %	41 %	48%

Les plaintes conclues, non complétées et le délai

En comparaison avec les années précédentes, le nombre de dossiers de plaintes conclues à la fin de l’exercice financier 2016-2017 et le délai pour y parvenir montrent que le Bureau du commissaire et l’ensemble de ses collaborateurs demeurent efficaces quant au traitement diligent des plaintes.

Tableau 4. Les plaintes conclues au 31 mars de l'exercice financier

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre	298	164	146	181	191

Commentaire:

- Le nombre de plaintes conclues dans une année ne coïncide pas avec les plaintes reçues durant la même période, puisqu'il reste en fin d'année quelques plaintes dont l'examen n'est pas complété.

Tableau 5. Les plaintes non complétées au 31 mars de l'exercice financier

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre	7	16	14	9	6

Commentaire:

- Les résultats affichés montrent que depuis l'année 2013-2014, il y a eu une légère diminution du nombre de dossiers restant à examiner en fin d'année.

En ce qui a trait à la période définie pour conclure une plainte, il existe un délai réglementaire fixant le temps de traitement à moins de 45 jours. Sinon, l'utilisateur ou son représentant peut s'adresser directement au Protecteur du citoyen, puisqu'il y a une présomption que la plainte n'est pas retenue. Pour prévenir cette situation, la personne qui a déposé une plainte est avisée, le cas échéant, du problème qui ne permet pas de rédiger la conclusion d'enquête dans le délai prescrit. Le tableau ci-dessous donne des précisions quant aux excellents résultats obtenus sur le délai avant la conclusion du dossier.

Tableau 6. Évolution du délai de traitement des plaintes conclues en moins de 45 jours

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Moins de 45 jours	96 %	99 %	100 %	96 %	99%

Commentaire:

- Le délai moyen pour traiter une plainte a été de 26 jours. Le seul dossier conclu qui a requis plus de 45 jours n'a pas dépassé 60 jours.

Les plaintes revues par le Protecteur du citoyen

En vertu de la loi (L.R.Q., c. P-32, art. 13), le Protecteur du citoyen, qui exerce les fonctions de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, peut examiner la conclusion d'une enquête remise à l'utilisateur ou à son représentant, en deuxième instance, si la personne qui a déposé une plainte lui en fait la demande.

Tableau 7. Plaintes revues par le Protecteur du citoyen

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Nombre de dossiers soumis</i>	6	9	11	9	13
<i>Dossiers revus sans recommandation</i>	5	8	11	9	8
<i>Dossiers revus avec recommandation</i>	1	1	0	0	0
<i>Révision non complétée</i>	0	0	0	0	5

Commentaire:

- Les conclusions du Protecteur du citoyen ne sont pas toutes connues durant l'exercice financier où le dossier lui a été soumis. Toutefois, le tableau montre les résultats regroupés par année, pour simplifier la présentation. Cinq demandes d'examen n'étaient pas complétées à la fin de l'année.

Plaintes à l'égard d'un médecin

Le Règlement sur la procédure d'examen d'une plainte à l'égard d'un médecin prévoit, en cas de réception d'une plainte par le commissaire portant sur un médecin qui est intervenu dans le cadre des activités d'Urgences-santé, qu'elle soit transmise au médecin examinateur. En 2016-2017, aucune plainte n'a concerné les interventions de médecins exerçant chez Urgences-santé.

Le suivi sur les dossiers conclus

Les décisions qui découlent d'une enquête peuvent entraîner diverses mesures: un suivi administratif pour revoir une politique ou une procédure appliquée incorrectement, un suivi formatif s'il y a une constatation qu'un protocole ou une norme n'est pas bien maîtrisé, une mesure disciplinaire ou une combinaison de plusieurs de ces mesures.

Les plaintes conclues qui ont nécessité la mise de l'avant de mesures sont au nombre de 94. Une plainte peut nécessiter à la fois des mesures pour les paramédics et pour les répartiteurs médicaux d'urgence, ce qui explique les nombres du tableau 8, sensiblement plus élevés que par le passé.

Tableau 8. Répartition des plaintes ayant entraîné des mesures individualisées

Année 2016-2017	Techniciens ambulanciers paramédics	Répartiteurs médicaux d'urgence
<i>Nombre</i>	142	55

Voici l'état de situation quant à la réalisation des mesures décidées au 31 mars 2017:

Tableau 9. Suivi sur les mesures décidées

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Mesures à réaliser</i>	73	63	65	93	94
<i>Mesures complétées</i>	69	59	59	86	85
<i>Suivis restants</i>	4	4	6	4	8
<i>Départ ou retraite</i>	n.d.	n.d.	n.d.	3	1

Commentaires:

- Les dossiers dans lesquels il apparaît nécessaire d'effectuer un suivi auprès d'un technicien ambulancier paramédic ou d'un répartiteur médical d'urgence absent depuis plus de trois mois font l'objet d'une attention particulière, au retour de l'employé. Une assurance est donnée qu'une mise à jour est effectuée couvrant notamment les aspects identifiés comme lacunaires et qui nécessitaient une mesure d'amélioration.
- Parmi les 94 mesures mises de l'avant, quinze d'entre elles comportaient un volet disciplinaire individuel, le plus souvent un avis formel mis au dossier de l'employé.

II – LES PLAINTES DES PARTENAIRES ET DU PUBLIC

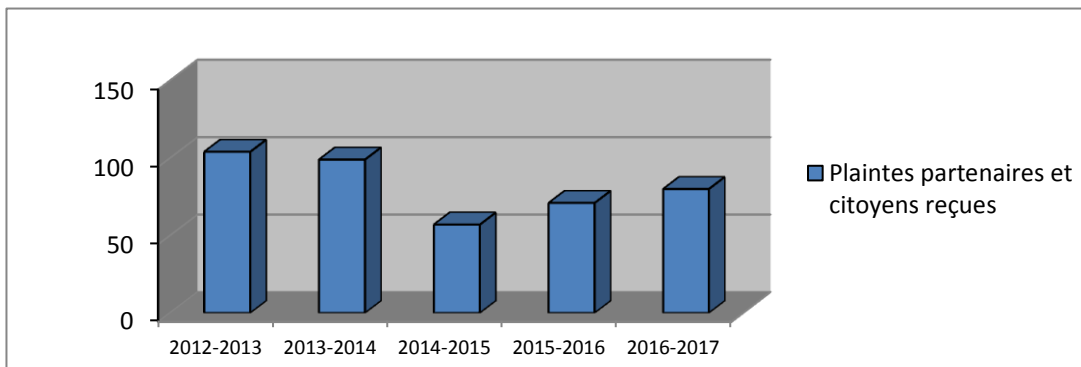
L'orientation qui prévaut pour le traitement des plaintes provenant des partenaires et du public consiste à adopter une approche d'information sur les normes et processus de travail, dans une orientation de service à la clientèle. Toutefois, certaines observations portées à l'attention du Bureau du commissaire nécessitent une enquête et conduisent à la formulation de propositions ou de

suggestions pertinentes auprès du centre de communication santé ou des chefs de division opérationnels pour aider à améliorer les façons de faire.

1. Les plaintes reçues

Tableau 10. Évolution des plaintes reçues provenant des partenaires et du public

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre	104	99	57	71	80



Commentaires:

- En 2016-2017, l'origine des 80 plaintes s'établit ainsi: 48 des partenaires (60%) et 32 du public (40%). Par comparaison avec l'année précédente, 71 plaintes étaient déposées, soit 45 des partenaires (63%) et 26 du public (37%).
- À l'instar de l'évolution du nombre de plaintes des usagers, on observe une augmentation de près de 13% du volume des plaintes partenaires ou public, principalement générée par ce dernier groupe.

Tableau 11. Les motifs invoqués dans les plaintes reçues

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Motifs	(n = 104)	(n = 99)	(n = 57)	(n = 71)	(n = 80)
Attitude et comportement des paramédics	33 % (n = 34)	53 % (n = 52)	42 % (n = 24)	48 % (n = 34)	47,5 % (n = 38)
Délai	12 % (n = 13)	12 % (n = 12)	10 % (n = 6)	14 % (n = 10)	12,5 % (n = 10)
Soins et protocoles	23 % (n = 24)	15 % (n = 15)	16 % (n = 9)	18 % (n = 13)	17,5 % (n = 14)
Ambulance (vitesse / bruit / pollution)	32 % (n = 33)	20 % (n = 20)	32 % (n = 18)	20 % (n = 14)	22,5 % (n = 18)

Commentaires:

- Le motif lié à l'**attitude/comportement** des paramédics demeure le motif le plus souvent invoqué, particulièrement chez nos partenaires. Le manque de professionnalisme est souvent cité comme la raison principale de ce motif.
- Les plaintes concernant le **délai** d'attente ou de traitement proviennent de nos partenaires, au sujet d'appels de basse priorité. Habituellement, ces plaintes exigent une explication en lien avec nos volumes d'appels.
- Les plaintes pour les **soins et les protocoles** sont principalement en provenance des partenaires. Leur traitement requiert essentiellement la transmission d'informations sur notre mode de fonctionnement ou sur l'application de certains protocoles.
- Enfin, les plaintes portant sur l'usage du **véhicule ambulancier** viennent au deuxième rang, particulièrement en provenance du public. La raison principale de ce motif réside dans la conduite du véhicule qui est, parfois, perçue comme à risque par les autres utilisateurs du réseau routier.
- Il y a eu 39 propositions d'amélioration soumises à la Direction des opérations en 2016–2017: 25 après le traitement des plaintes reçues en provenance des partenaires, surtout au sujet des comportements des techniciens ambulanciers paramédics, et 14 propositions à la suite de commentaires de citoyens touchant principalement la conduite du véhicule.

2. Les demandes de réclamations

Durant l'année 2016-2017, des demandes de réclamations ont été soumises à la suite d'interventions des paramédics, parce qu'il y avait eu par inadvertance un dommage causé à un bien d'un usager. Les demandes de réclamations font systématiquement l'objet d'un examen. Les réclamations touchant un dommage inférieur à 1 500 \$, soit le montant de la franchise, sont traitées par le Bureau du commissaire. Celles d'un montant supérieur sont examinées en partenariat avec l'assureur.

Il y en a eu 21 réclamations soumises en 2016-2017. Les montants versés ont totalisé 2991.98\$ (contre 4690\$ l'année précédente). Un montant de 766.38\$ se déduira à la suite d'un remboursement de la part d'un paramédic. La réclamation payée la plus élevée a été de 931.87 \$. Il faut ajouter qu'en 2016-2017, un juge de la Cour de petites créances a rendu un jugement favorable à Urgences-santé, à la suite d'une poursuite entreprise par un citoyen qui réclamait un montant d'argent pour un dommage à sa motocyclette.

III - LES INTERVENTIONS

Une procédure mise en place en janvier 2013 avait pour but d'éviter que les personnes transportées, à la demande des policiers, soient facturées. Au cours du dernier exercice financier, il est arrivé 94 fois que le service des comptes-clients d'Urgences-santé vérifie la pertinence d'expédier une facture, ou qu'un client dépose lui-même une requête pour faire annuler les frais de transport en ambulance, étant donné que celui-ci résultait d'une décision imposée par un policier.

Il a été établi qu'au total, 2228 usagers ont été transportés sans frais, dans un tel contexte. Urgences-santé a assumé les dépenses qui en résultent, soit le montant de 305 197\$¹. Il s'agit ici de l'ajout d'un programme de gratuité, demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en réponse aux besoins d'une clientèle vulnérable. Le tableau 12 illustre la récente tendance à ce propos.

Tableau 12. Le transport des cas P38

Années	Nombre	Coûts
2014-2015	2 117	262 141 \$
2015-2016	1 818	236 073 \$
2016-2017	2 228	305 197 \$

¹ Information provenant du service des comptes-clients.

IV - LES ASSISTANCES

Les activités d'assistance du commissaire aux plaintes comprennent deux volets. D'abord, il y a des initiatives pour promouvoir le régime d'examen des plaintes. À cette fin, il y a eu cinq séances de formation auprès de techniciens ambulanciers paramédics nouvellement engagés.

Ensuite, il est arrivé plusieurs fois que des informations aient été fournies en réponse à des questionnements, avant le dépôt d'une plainte, ou que des renseignements aient été communiqués à divers interlocuteurs référés au Bureau du commissaire. Le nombre total d'assistances pour l'ensemble des situations (questionnement à propos d'une plainte, assistance à la rédaction de la plainte ou réponse à des demandes de diverses natures) n'a pas dépassé 227 cas.

Il importe d'ajouter que les centres d'aide et d'assistance aux plaintes (CAAP) de Montréal et de Laval ont assisté un (1) usager auprès du Bureau du commissaire.

PARTIE 2. LES AUTRES MANDATS

Pour la réalisation de ses activités, le Bureau du commissaire a pu compter sur l'étroite collaboration de monsieur Bernard Simoneau, pour des activités de nature professionnelle et sur celle de madame Suzanne Rouillier dans un rôle administratif. Ajoutons que cette collaboration a aussi été présente dans la réalisation des mandats suivants:

I - LE PROGRAMME DE FÉLICITATIONS

Le programme de félicitations, en vigueur dans sa forme actuelle depuis trois ans, vise à mettre en évidence des situations remarquables telles que reconnues par les usagers ou leurs représentants.

Tableau 13. Félicitations remises au cours des dernières années

Années	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre	620	731	646	670	721

Commentaires:

- Le programme de félicitations mis en place chez Urgences-santé procure une rétroaction positive aux répartiteurs médicaux d'urgence et aux techniciens ambulanciers paramédics, de la part des personnes qui ont bénéficié de leur intervention. Son usage auprès des personnes touchées par la qualité du service rendu demeure populaire au fil des années.

II – PROGRAMME DE FORMATION VISANT L'AMÉLIORATION DU PROCESSUS D'ENQUÊTE

Au cours de l'année écoulée, le projet visant l'amélioration du processus d'enquête élaboré et mis en œuvre dans le plan stratégique pour la période 2012-2015 a été complété par une dernière journée de formation. Cette activité regroupait les personnes qui n'avaient pas pu assister aux séances organisées précédemment. Cette activité avait été entreprise avec l'objectif d'augmenter la fiabilité des informations recueillies lors d'une enquête, tout en misant sur l'amélioration de la qualité de la relation entre la personne qui fait l'objet d'une enquête et la personne enquêtée.

Cette formation a eu des retombées dont les résultats sont perceptibles dans l'usage du nouveau formulaire interne de rapport synthèse, introduit lors de la formation et utilisé depuis.

Il faut se rappeler que sa rédaction est simplifiée. Il est possible d'observer que l'approche actuelle favorise une plus grande rigueur. À terme, il est permis de penser que cela contribuera aussi à la diffusion d'une culture d'amélioration de la qualité dans la grande majorité des enquêtes menées avec la collaboration des différents chefs aux opérations.

III – SONDAGE RÉALISÉ SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE TRANSPORTÉE ENTRE SEPTEMBRE ET DÉCEMBRE 2016

Urgences-santé a réalisé un sondage pour mieux connaître la notoriété de diverses caractéristiques qui lui sont propres auprès des usagers. Il y avait aussi l'intention de cerner l'importance relative de divers aspects du service sur la satisfaction des usagers. L'objectif de cette démarche consistait à cerner de possibles zones d'amélioration et à cibler des mesures à privilégier, éventuellement.

Fait intéressant, les 500 usagers rejoints par la firme Ad hoc Recherche, firme mandatée pour le sondage, ont été enquêtés selon la priorité de leur demande, lors de l'appel au 911: 100 entrevues par priorité (P0, P1, P3, P4, P7).

Le rapport sur le sondage fournit des informations détaillées qui pourront faire l'objet d'initiatives ou de nouvelles recherches, à l'interne. Quelques éléments importants méritent d'être mentionnés.

- Presque le trois quarts des répondants comprennent assez bien l'utilité des questions posées au 911 pour l'attribution du niveau de priorité.
- Une minorité d'usagers (23%) seulement s'attendait à ce que la sirène et les gyrophares soient utilisés durant le transport.
- Près de deux usagers sur trois pensent qu'arriver en ambulance au triage de l'urgence à l'hôpital donne un avantage pour la rapidité du service.
- 67% des usagers ont entendu parler des services du 811 (Info-santé), mais seulement 17% d'entre eux affirment l'avoir contacté avant d'appeler Urgences-santé.

- Six usagers sur dix pensent que le transport en ambulance est gratuit: pour tous, selon certains (14%), pour certaines caractéristiques d'usagers selon d'autres (46%).
- L'existence du commissaire aux plaintes est totalement méconnue pour les usagers (5%).
- Plus de 80% des usagers se montrent très satisfaits du service et le niveau de satisfaction général est encore plus élevé (99%). La courtoisie, le niveau d'attention, l'attitude rassurante et le professionnalisme des paramédics sont les éléments les plus aimés des usagers. Par contre, ceux-ci apprécient moins, mais dans une faible proportion, la rapidité du service et le manque de confort dans l'ambulance.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le présent rapport a fait état des activités du Bureau du commissaire pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2017.

Dans le rapport de l'année dernière, des recommandations avaient été proposées. Il est important d'y revenir pour fin de suivi. De plus, des recommandations seront mises de l'avant pour la prochaine année.

I - LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE 2015-2016

La première recommandation portait sur la diminution du temps d'attente pour les basses priorités. Nous avons continué de recevoir des plaintes pour motif d'accessibilité, malgré les projets déjà actualisés et leurs premiers effets. Signalons celui d'orienter, suite au traitement de l'appel par nos répartiteurs médicaux d'urgence, des demandes pouvant ne pas nécessiter de transport ambulancier, grâce à la collaboration structurante établie avec le CISSS de Laval et son service d'Info-Santé (811), tout particulièrement en ce qui concerne les priorités 7. Les premiers résultats sont encourageants sur le volume de transports évités vers une urgence hospitalière. Toutefois, une constante est demeurée jusqu'alors, à savoir un délai moyen allant en augmentant pour les personnes, souvent âgées, dont la mobilité est entravée ou réduite et qui requièrent des soins et un diagnostic suite à un trauma quelconque, ou autre. La Corporation doit poursuivre dans cette voie des plus prometteuses.

La seconde recommandation visait l'utilisation du fentanyl (un narcotique) afin de soulager la douleur des usagers transportés. Ce projet a peu progressé au cours de la dernière année et il comportera d'importants ajustements dans le fonctionnement quotidien des opérations, ainsi qu'une formation nouvelle en vue de l'étendre à l'ensemble des paramédics. Sa pertinence sur le soulagement de la douleur n'en demeure pas moins importante et constituera dès lors un progrès significatif dans la qualité de l'expérience client.

Enfin, la dernière recommandation concernait le constat de décès à distance. Sans revenir sur l'argumentaire de sa pertinence, tout en rappelant sa faisabilité reconnue, l'étape à franchir visant à en confier l'acte par l'entremise du technicien ambulancier paramédic doit se réaliser. Nous avons bon espoir que cette recommandation se concrétisera au cours de la prochaine année.

II – LES RECOMMANDATIONS POUR 2017-2018

Recommandation 1 – Mettre à jour le règlement portant sur les plaintes à l’endroit d’un médecin

Le *Règlement sur la procédure d’examen d’une plainte à l’égard d’un médecin (R-5003)* nécessite une mise à jour depuis 2015, comme cela avait été planifié lors de son adoption en 2012. Cette question est d’autant plus actuelle avec le départ du directeur médical régional en cours d’année et l’arrivée, à la fin de l’exercice financier, du nouveau directeur médical régional nommé. Il faudra procéder également à la nomination d’un nouveau médecin examinateur.

Recommandation 2 – Bonifier la portée du programme de félicitations auprès du personnel

Notre programme jouit d’un intérêt certain, de la part des usagers et leurs proches. Régulièrement, des témoignages bien sentis sont transmis aux techniciens ambulanciers paramédics et aux répartiteurs médicaux d’urgence. Le développement d’une culture d’excellence en matière de qualité du service s’appuie notamment sur de tels programmes. C’est pourquoi il apparaît opportun, à ce moment-ci de son histoire, d’analyser plus à fond sa portée et d’examiner les options qui permettraient de poser un geste additionnel à l’égard des intervenants les plus méritoires.

Recommandation 3 – Utiliser les résultats du sondage 2016 pour accroître la compréhension des caractéristiques du service offert par Urgences-santé

Le sondage 2016-17 (voir partie 2 – III) a mis en lumière des constats affectant la perception et la compréhension du service offert par Urgences-santé. À certains égards, elles contribuent parfois aux difficultés éprouvées par l’organisation et jouent sur le degré relatif d’insatisfaction vécu par le citoyen qui recourt au transport ambulancier. Sans les reprendre ici, les divers éléments identifiés mériteraient d’être reflétés aux utilisateurs récents du service. À cet égard, le commissaire recommande d’utiliser cette opportunité pour accroître la compréhension des diverses caractéristiques étudiées à l’aide d’une diffusion d’information factuelle sur ces divers points. De plus et en collaboration avec les services des communications et des ressources informationnelles, Urgences-santé pourra solliciter la participation du public rejoint afin de mesurer sa connaissance des divers éléments présentés.

Recommandation 4 – Définir et concevoir un protocole touchant le temps de réponse très élevé

Divers protocoles sont déjà en place afin de contenir et traiter certaines demandes de services dites de basse priorité, en ayant recours par exemple au rehaussement des effectifs au-delà du requis planifié ou encore, par la réévaluation de situations en attente d’affectation, que ce soit par le centre de communication santé ou par Info-santé.

Néanmoins, certains contextes, prévisibles (mauvais temps annoncé) ou non, font en sorte que malgré ces mesures, leur impact demeure faible dans des circonstances précises. Une conjonction de facteurs s’installe alors, qui invalide les efforts d’objectivation du besoin du patient et neutralise la capacité d’intervention: plusieurs appels en attente, circulation routière ralentie, nombreux cas de basse priorité en attente de réévaluation, effectifs en surcroît.

Certains de ces cas types se médiatisent et portent ombrage aux efforts de l'organisation, observés et documentés par le commissaire, au moment de traiter la plainte reçue. C'est pourquoi un protocole de raffinement touchant ces situations en contexte d'incapacité à livrer le service de transport à l'intérieur d'un délai ultime devrait être conçu, en dehors des critères d'objectivation du besoin en vigueur, qui font la fierté de la Corporation.

Recommandation 5 – Avis sur certains projets en cours ou annoncés

Certains projets en cours ou récemment annoncés sont porteurs d'amélioration pour la qualité du service rendu ou vécu par l'utilisateur et par nos partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Le commissaire veut ici mettre en lumière certaines initiatives offrant davantage ces caractéristiques.

Ainsi, la Direction des opérations lancera sous peu une étape exploratoire de transmission informatisée de renseignements sur des usagers, en transport vers certaines urgences de Montréal. Ce processus en expérimentation suscite des espoirs d'amélioration de la qualité des renseignements transmis, de sécurité pour le patient, ainsi que de réduction des délais de transfert ou de non-disponibilité des véhicules ambulanciers, qui feront l'objet d'une évaluation au cours de l'année 2017-2018.

Également, la réflexion sur l'offre de services d'Urgences-santé touchant certains transports dits « inter établissements » de basse priorité, dans un contexte de retour à domicile ou de longue distance se poursuit, dans l'identification d'alternatives existantes ou à créer pour ce type de situations ne requérant pas l'expertise généralement associée aux conditions médicales urgentes. Certains préalables n'étant pas rencontrés, une telle évolution dans le rôle de la Corporation ne peut s'actualiser pleinement. Une perspective inspirante, puisque le service attendu sera alors davantage adapté aux besoins à répondre.

Enfin, certains projets ou résultats énoncés dans ce rapport se conjuguent autour d'un concept d'unité clinique de support médical à distance (UCSMD), qui permettrait de regrouper la contribution médicale dans le soutien aux interventions effectuées par les techniciens ambulanciers paramédics. Un tel plateau technique permettrait d'optimiser cette contribution en temps réel à partir de protocoles visant l'administration de médicaments ayant une incidence sur la réduction de la douleur, les constats de décès, ou d'autres situations qui s'ajouteraient à l'actuelle contribution de médecins auprès d'Urgences-santé.

Assurer à la population de Montréal et de Laval des services préhospitaliers d'urgence de qualité, efficaces et appropriés, afin de réduire la mortalité et la morbidité associées aux conditions médicales urgentes.

Mission d'Urgences-santé